

## Disparité dans l'accès aux soins de santé et dans leur utilisation : encore du bla-bla

**E**N DÉPIT DES CHANGEMENTS, DE L'INCERTITUDE ET DE LA CONFUSION QUI affectent le système de soins de santé au Canada, certaines observations concernant le régime d'assurance-maladie canadien semblent toujours incontestables :

- L'accès aux soins de santé accordé uniquement en fonction des besoins est la valeur fondamentale qui a fait naître le régime d'assurance-maladie et qui le soutient.
- L'apparition, grâce au régime d'assurance-maladie, de services hospitaliers et médicaux universels financés par l'État a substantiellement réduit les disparités dans l'accès aux soins médicaux, ainsi que dans leurs résultats, entre les gens de statut socio-économique différent (Enterline et coll., 1973, James et coll., 2007).
- Malgré ces gains, on constate encore des disparités; le besoin n'est toujours pas le seul facteur qui détermine l'accès et l'utilisation des services.

Ce dernier point mérite plus d'explications. Les conclusions d'un nombre toujours croissant de recherches sur la question indiquent que le recours aux services hospitaliers au Canada correspond habituellement au besoin relatif peu importe la catégorie de revenu (Manga et coll., 1987, van Doorslaer et Masseria, 2004, Allin, 2006, etc.). Certaines études (van Doorslaer et Masseria, 2004, Allin, 2006) révèlent que les personnes au revenu plus faible font une plus grande utilisation des services hospitaliers proportionnellement à leurs besoins (ce qui peut soulever des questions sur l'exactitude des mesures existantes du besoin). D'autre part, les études concernant les services des spécialistes ont établi une relation directe entre l'utilisation des services et le revenu, le niveau d'instruction ou les deux (McIsaac et coll., 1993, 1997, Roos et Mustard, 1997, Dunlop et coll., 2000, Finkelstein, 2001, van Doorslaer et coll., 2006, Allin, 2006); ainsi, les membres plus riches et instruits de notre société ont plus souvent recours aux services de spécialistes, indépendamment de leur besoin réel.

La situation n'est pas aussi claire en ce qui concerne les services des médecins de premier recours. Certaines études indiquent qu'il s'en fait une utilisation équitable (c.-à-d. en fonction des besoins) dans toutes les catégories de revenu et d'instruction (McIsaac et coll., 1993, 1997, Roos et Mustard, 1997, Dunlop et coll., 2000), alors que d'autres disent le contraire. Birch et coll. (1993) ont établi un lien positif entre le recours aux services des médecins de famille et le niveau d'instruction (ainsi que le degré de contact avec les amis et les parents). En s'appuyant sur les données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2001, van

Doorslaer et coll., (2006) ont découvert, après normalisation des besoins en soins de santé, qu'une personne au revenu plus élevé était plus susceptible de consulter un médecin de premier recours, mais que ses visites étaient moins nombreuses. Utilisant une méthode similaire et les données de l'ESCC de 2003, Allin (2006) a observé une certaine inégalité, en ce sens que les gens mieux nantis sont plus susceptibles de consulter un médecin, bien que cette inégalité ne soit pas constante dans toutes les provinces et tous les territoires. Selon l'Enquête conjointe Canada/États-Unis sur la santé de 2002-2003, les Canadiens à faible revenu sont proportionnellement moins nombreux à avoir un médecin de famille et rapportent plus souvent des besoins insatisfaits en soins de santé que ceux à revenu élevé (Lasser et coll., 2006). Dans une étude internationale antérieure sur la population, les répondants canadiens au revenu inférieur à la moyenne faisaient plus souvent état de difficultés dans l'obtention des soins dont ils avaient besoin que ceux au revenu supérieur à la moyenne (Shoen et coll., 2000).

Les données de l'Enquête nationale sur la santé de la population de 1994-1995 ont démontré que les chances qu'une femme appartenant à un des groupes d'âge concernés passe un test de Papanicolaou ou une mammographie augmentent avec le niveau d'instruction et le fait d'être née au Canada (Gentleman et Lee, 1997; Lee et coll., 1998). Le niveau de revenu a aussi été associé indépendamment avec la probabilité de se soumettre à un test de Papanicolaou (Lee et coll., 1998). De plus, à l'ESCC de 2005, les répondants des deux catégories de revenu les plus élevées (sur quatre) étaient proportionnellement plus nombreux que ceux de la catégorie de revenu inférieure à mentionner avoir reçu un vaccin antigrippal au cours des 12 mois précédents (Kwong et coll., 2007).

Des études ontariennes ont démontré qu'il y a une association positive entre le revenu et l'accès à la coronarographie et à la revascularisation (Alter et coll., 1999), ainsi qu'à l'ergothérapie, à la physiothérapie et à l'orthophonie en milieu hospitalier à la suite d'un accident cérébrovasculaire (Kapral et coll., 2002). Les patients des quartiers les plus pauvres doivent attendre beaucoup plus longtemps avant d'obtenir une coronarographie (Alter et coll., 1999) ou une chirurgie de l'artère carotide (Kapral et coll., 2002) que ceux des quartiers les plus riches. Des études publiées récemment dans *Healthcare Policy/Politiques de Santé* semblent indiquer des inégalités dans l'accès à la radiothérapie pour les cas de cancer du sein au Québec en fonction du niveau de revenu (Fortin et coll., 2006) et dans l'accès aux services de santé mentale, selon le niveau d'instruction, pour les Canadiens qui souffrent d'angoisse ou de dépression, et ce, autant auprès des médecins de famille que des psychiatres (Steele et coll., 2007).

Ce compte rendu sommaire, basé sur un survol rapide et peu systématique de la documentation, ne révèle que la pointe d'un iceberg bien plus imposant de preuves. De toute évidence, le régime d'assurance-maladie du pays n'a pas réussi à garantir l'accès aux soins de santé (et leur utilisation) en fonction des besoins, même dans le cas des services hospitaliers et de médecins, pourtant touchés par la *Loi canadienne*

sur la santé. Le fait d'être pauvre ou d'avoir peu d'instruction, ou les deux, constitue un obstacle à l'accès aux services d'un spécialiste et même, généralement, d'un médecin de famille, aux soins préventifs (p. ex., test de Papanicolaou, mammographie et vaccin antigrippal) et aux services médicaux concernant des problèmes précis (p. ex., maladies cardiovasculaires et problèmes de santé mentale).

Cela dit, le revenu et l'instruction n'ont pas seulement une incidence sur l'accès aux services. Il s'agit en soi de facteurs déterminants pour la santé, souvent liés à d'autres facteurs déterminants comme l'appartenance à un groupe autochtone, les expériences de jeunesse, l'emploi et les conditions de travail, la sécurité alimentaire, le logement, l'exclusion sociale, la protection sociale, le chômage et la sécurité d'emploi (Raphael, 2004). Dans les faits, les personnes qui ont le plus besoin de soins sont celles qui ont le moins de chances d'obtenir les soins dont elles ont besoin.

On peut donc se demander pourquoi on attend toujours des signes de concertation sur le plan des politiques, de la conception du système et des initiatives de gestion en santé, que ce soit au palier fédéral ou provincial et territorial, dans le but de corriger ce non-respect des fondements du régime canadien d'assurance-maladie. Ce n'est peut-être pas une coïncidence si ceux qui ne jouissent pas d'un accès équitable aux soins de santé sont aussi les membres les moins influents, économiquement et politiquement, de la société canadienne. De nombreux Canadiens croient fermement dans le principe qui veut que le besoin de services essentiels de santé soit le seul facteur qui y détermine l'accès. Malheureusement, étant donné le manque d'attention que portent les politiciens ou les médias à la question, la population peut croire à tort que l'élimination par le régime d'assurance-maladie (de la plupart) des barrières économiques à l'obtention de services médicaux a résolu le problème d'accès aux soins. Dans ces circonstances, les politiciens et les gouvernements des paliers fédéral et provincial/territorial ne sentent aucunement de pression pour réagir à cette situation. L'indifférence politique actuelle risque fort de continuer à moins qu'on parvienne à rassembler l'opinion publique sur la question de l'égalité d'accès aux soins et à mobiliser les Canadiens qui appuient les principes fondamentaux du régime d'assurance-maladie. Ça, c'est tout un défi sur le plan de l'application des connaissances. D'ici à ce qu'on y parvienne, il y aura sans doute encore beaucoup de discussions (recherches sur les inégalités en matière d'accès et reconnaissance, en secret, de leur existence), mais très peu d'initiatives politiques.



BRIAN HUTCHISON, MD, MSC, FCFP

*Rédacteur en chef*

## RÉFÉRENCES

- Allin, S. 2006 (octobre). *Equity in the Use of Health Services in Canada and Its Provinces*. Document de travail no 3. Londres, R.-U. : LSE Health.
- Alter, D.A., C.D. Naylor, P. Austin et J.V. Tu. 1999. « Effects of Socioeconomic Status on Access to Invasive Cardiac Procedures and on Mortality After Acute Myocardial Infarction. » *New England Journal of Medicine* 341(18) : 1359–67.
- Birch, S., J. Eyles et K.B. Newbold. 1993. « Equitable Access to Health Care: Methodological Extensions to the Analysis of Physician Utilization in Canada. » *Health Economics* 2 : 87–101.
- Dunlop, S., P. Coyte et W. McIsaac. 2000. « Socio-economic Status and the Utilisation of Physicians' Services: Results from the Canadian National Population Health Survey. » *Social Science and Medicine* 51 : 123–33.
- Enterline, P.E., V. Slater, A.D. McDonald et J.C. McDonald. 1973. « The Distribution of Medical Services Before and After 'Free' Medical Care – The Quebec Experience. » *New England Journal of Medicine* 289 : 1174–78.
- Finkelstein, M. 2001. « Do Factors Other Than Need Determine Utilization of Physicians' Services in Ontario? » *Journal de l'Association médicale canadienne* 165(5) : 656–70.
- Fortin, B., M.S. Goldberg, N.E. Mayo, M-F. Valois, S.C. Scott et J. Hanley. 2006. « Temps d'attente pour la radiothérapie chez les femmes atteintes de cancer du sein au Québec de 1992 à 1998. » *Healthcare Policy/Politiques de Santé* 1(2) : 152–67.
- Gentleman, J.F. et J. Lee. 1997. « Qui ne se fait pas mammographe? » *Rapports sur la santé* 9(1) : 19–28.
- James, P.D., R. Wilkins, A. Detsky, P. Tugwell et D.G. Manuel. 2007. « Avoidable Mortality by Neighbourhood Income in Canada: 25 Years After the Establishment of Universal Health Insurance. » *Journal of Epidemiology and Community Health* 61 : 287–96.
- Kapral, M.K., H. Wong, M. Mamdani et J.V. Tu. 2002. « Effect of Socioeconomic Status on Treatment and Mortality After Stroke. » *Stroke* 33 : 268–75.
- Kwong, J.C., L.C. Rosella et H. Johansen. 2007. « Tendances de la vaccination contre la grippe au Canada, 1996-1997 à 2005. » *Rapports sur la santé* 18(4) : 1–11.
- Lasser, K.E., D.U. Himmelstein et S. Woolhandler. 2006. « Access to Care, Health Status, and Health Disparities in the United States and Canada: Results of a Cross-National Population-Based Survey. » *American Journal of Public Health* 96(7) : 1300–7.
- Lee, J., G.F. Parsons et J.F. Gentleman. 1998. « Le non-respect des lignes directrices quant au test de Papanicolaou. » *Rapport sur la santé* 10(1) : 9–19.
- Manga, P., W. Broyles et D.E. Angus. 1987. « The Determinants of Hospital Utilization Under a Universal Public Insurance Plan in Canada. » *Medical Care* 25(7) : 658–70.
- McIsaac, W.J., V. Goel et C.D. Naylor. 1993 (octobre). *The Utilization of Physician Services in Ontario by Adults: Results from the Ontario Health Survey*. Document de travail no 20 de l'IRSS. Toronto : Institut de recherche en services de santé.
- McIsaac, W., V. Goel et D. Naylor. 1997. « Socio-economic Status and Visits to Physicians by Adults in Ontario, Canada. » *Journal of Health Services Research and Policy* 2(2) : 94–102.
- Raphael, D. 2004. « Introduction to the Social Determinants of Health. » In *Social Determinants of Health: Canadian Perspectives*, sous la direction de D. Raphael, p. 1-18. Toronto : Canadian Scholars' Press.

Roos, N.P. et C.A. Mustard. 1997. « Variation in Health and Health Care Use by Socioeconomic Status in Winnipeg, Canada: Does the System Work Well? Yes and No. » *Milbank Quarterly* 75(1) : 89–111.

Shoen, C., K. Davis, C. DesRoches, K. Donelan et R. Blendon. 2000. « Health Insurance Markets and Income Inequality: Findings from an International Health Policy Survey. » *Health Policy* 51 : 67–85.

Steele, L.S., C.S. Dewa, E. Lin et K.L.K. Lee. 2007. « Niveau de scolarité, niveau de revenu et utilisation des services de santé mentale au Canada : répercussions sur les associations et les politiques. » *Healthcare Policy/Politiques de Santé* 3(1) : 96–106.

van Doorslaer, E. et C. Masseria. 2004. *Inégalité liée au revenu dans le recours aux soins dans 21 pays de l'OCDE*. Paris : Organisation de coopération et de développement économiques.

van Doorslaer, E., C. Masseria et X. Koolman. 2006. « Inequalities in Access to Medical Care by Income in Developed Countries. » *Journal de l'Association médicale canadienne* 174(2) : 177–83.

MAKING RESEARCH WORK.



Canadian Health Services Research Foundation  
Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé

## Chief Executive Officer

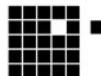
Healthcare systems around the world continue to embrace the use and value of scientific evidence in all forms of decision-making. Recognized internationally as a leader and innovator in promoting the scientific basis of health services, the *Canadian Health Services Research Foundation* is bridging the gaps between research and healthcare management and policy across the country.

As Chief Executive Officer, supporting the Board of Trustees, you will continue a tradition of innovation, and help steer the Foundation in new and exciting directions. With your guidance, and that of the Board, the Foundation will help shape and define how healthcare management and policy are formulated in the years ahead. To this end, you will encourage debate and dialogue among stakeholders from the research, policy, and management communities in an effort to enhance their linkages and exchanges. Looking to the future, you will work closely with governments and stakeholders to secure ongoing commitment and support for the Foundation's mission.

A passionate leader and enthusiastic manager, you will mentor a talented and committed team and steward an endowment of

approximately \$100 million. You are a credible and respected voice for applied research, with strong networks in academia, government and administration. A driver of change, you are committed to improving health systems through excellence and innovation. You are a gifted communicator and relationship builder who can move and inspire people across various disciplines and sectors to work together. You are comfortable in a range of settings, small and large, national and international. Your proficiency, or willingness to readily become proficient, in both official languages is required in this truly pan-Canadian role.

To explore this unique leadership opportunity further, please contact Michael Naufal in our Ottawa office at (613) 742-3198 or send your resume in complete confidence to [michael.naufal@rayberndtson.ca](mailto:michael.naufal@rayberndtson.ca)



**RAY & BERNDTSON**  
Global Leaders in Executive Search